

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

# Organizacje państwowe i społeczne, ich rola w promocji zdrowia

(State and social organisations and their role in health promotion)

W Kitajewska<sup>1,A,D</sup>, W Szela<sup>1,B</sup>, Z Kopański<sup>1,2,C</sup>

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ

**Abstract**—The authors discussed international health organisations and their role. What is more, they characterised the modern-day healthcare system in Poland. The focus is on the legal foundations, management, financing and components of the system. Additionally, the main goals of the National Health Programme are discussed.

**Key words** — state and social health promotion organisations, National Health Programme.

**Streszczenie**— Autorzy omówili międzynarodowe organizacje zdrowia oraz ich rolę. Następnie scharakteryzowali współcześnie występujący w Polsce system ochrony zdrowia. Zwrócili uwagę na podstawy prawne, zarządzanie, finansowanie oraz składowe obecnie zbudowanej ochrony zdrowia. Następnie scharakteryzowali główne założenia Narodowego Programu Zdrowia.

**Słowa kluczowe** — organizacja państwowe i społeczne promujące zdrowie . Narodowy Program Zdrowia.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy**— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu , E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 10.12.2013.

## ROLA ORGANIZACJI PAŃSTWOWYCH I SPOŁECZNYCH DZIAŁAJĄCYCH NA RZECZ ZDROWIA PUBLICZNEGO

Międzynarodowe Organizacje Zdrowia powstają po to, aby pomagać ludziom na całym świecie bez względu na ich rasę, pochodzenie, religię. Są to organizacje humanitarne, które w swoim działaniu kierują się bezstronnością, niezależnością i powszechnością. Ich zadania są bardzo różnorodne, od ratowania ofiar wojennych poprzez ratowanie ofiar klęsk żywiołowych, aż do badań na rzecz ochrony zdrowia, życia, zapobiegania chorobom i zwalczania ich. Organizacje te mają również za zadanie podnoszenie poziomu nauczania medycznego, koordynowanie pracy wszystkich służb zdrowia na niwie międzynarodowej, inicjowanie wszelkiego rodzaju akcji promujących

zdrowie oraz zdrowy tryb życia [1,2]. Najbardziej znanymi organizacjami międzynarodowymi ds. zdrowia są:

1. Światowa Organizacja Zdrowia WHO. „My, kraje członkowskie WHO, potwierdzamy nasze poparcie dla zasady zawartej w jej konstytucji, która głosi, że jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia; i aby tak się stało, potwierdzamy wartość i godność każdej osoby oraz równe prawa, jednakowe obowiązki i wspólną odpowiedzialność wszystkich za zdrowie.” [1,3]
2. Czerwony Krzyż, który jest międzynarodową organizacją społeczną. Podstawową misją Czerwonego Krzyża jest zapobieganie oraz łagodzenie cierpienia ludzkiego, ochrona godności ludzkiej bez dyskryminacji narodowościowej, rasowej oraz dotyczącej płci, wy-

znania czy przekonań politycznych. Czerwony Krzyż kieruje się w swojej pracy humanitaryzmem, bezstronnością, neutralnością oraz niezależnością [1].

3. „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa(...)” [4].

System ochrony zdrowotnej w Polsce opiera się na zespole osób oraz instytucji, które mają zapewnić opiekę zdrowotną ludności. Polski system ochrony zdrowia oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. [5] *„Zdrowie nie jest darem niebios danym nam na zawsze. Nad jego zachowaniem i pomnażaniem należy pracować nieustannie, wykorzystując wszystkie wiodące do tego celu drogi i możliwości, od szeroko pojętego wychowania zdrowotnego po właściwie pojęty sport i turystykę (...)”* [6]

Obecny system ochrony zdrowia w naszym kraju jest oparty na dwóch podstawowych ustawach:

1. W oparciu ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późniejszymi zmianami),
2. W oparciu o ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 91.91.408 z późniejszymi zmianami). [7]

Uczestników systemu ochrony zdrowia można podzielić na następujące kategorie[7]:

1. Świadczeniobiorców - czyli pacjentów Narodowego Funduszu Zdrowia - instytucji ubezpieczenia zdrowotnego,
2. Świadczeniodawców - czyli:
  - ZOZ – publiczne lub niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej,
  - Różnego rodzaju praktyki medyczne, np. lekarze, stomatolodzy, pielęgniarki lub położne,
  - Apteki,
  - Inne, np. sklepy rehabilitacyjne.
3. Organy kontroli i nadzoru:
  - SANEPID - Państwowa Inspekcja Sanitarna,
  - Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna,
  - Wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz działający przy nich konsultanci w poszczególnych specjalnościach medycznych,
  - Ministerstwo Zdrowia wytyczające kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz konsultanci kra-

jowi w poszczególnych specjalnościach medycznych działający przy ministerstwie. [8]

## NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Na początku lat dziewięćdziesiątych, wskaźniki stanu zdrowia ludności w porównaniu do krajów Europy Zachodniej były bardzo niekorzystne. W roku 1990 odpowiadając na strategię Światowej Organizacji Zdrowia – „*zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*” [3], został opracowany Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego.

Podstawowym celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 było zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej, które będą prowadzić do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym, jakości życia Polaków. [4] Można to osiągnąć poprzez:

1. Stworzenie warunków, kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, oraz podejmowanie działań na rzecz zdrowia.
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.
3. Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia są:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych.
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.

10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.
12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.
16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia.
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.
18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 jest częścią Strategii w zakresie działań na rzecz zdrowia publicznego. [9]

## SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE, ZA- RZĄDZANIE OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

System ochrony zdrowia w Polsce można podzielić na następujące sfery działania:

1. Opieka zdrowotna – dzieląca się na medycynę leczniczą i medycynę naprawczą,
2. Ochrona zdrowia – jest zespołem działań na rzecz zdrowia publicznego realizowanym przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego,
3. Struktura zarządzania opieką zdrowotną oraz ochroną zdrowia,
4. Źródła i drogi finansowania wszystkich działań na rzecz zdrowia. [10]

Do podstawowych celów systemu ochrony zdrowia można zaliczyć:

1. Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych indywidualnie każdego człowieka, takich jak, np. potrzeby, które wynikają z chorób, niedomagań, wypadków,

2. Zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych wynikających z warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, choroby oraz wszelkich innych aspektów życia zbiorowego.[15]

Powyższe cele wymuszają konieczność funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia dwóch działów, tzn.:

1. Służb medycznych - indywidualnej opieki zdrowotnej,
2. Służb zdrowia publicznego - zbiorowej ochrony zdrowia.

Zespół działań, które składają się na zdrowie publiczne jest mocno osadzony w systemie ochrony zdrowia i stanowi jego podstawę. [11] Ochrona zdrowia zawiera się w:

1. Ochronie przed chorobami, oznacza to zapobieganie oraz zwalczanie wszelkiego rodzaju chorób oraz niepełnosprawności w ramach opieki medycznej,
2. Ochronie przed różnymi zagrożeniami środowiska przyrodniczego oraz środowiska pracy,
3. Ochronie przed zagrożeniami, które wynikają z niekorzystnych warunków społecznych, takich jak ubóstwo, patologie społeczne, bezrobocie, itp., w ramach polityki społecznej i świadczeń pomocy społecznej.
4. Istnieją cztery resortowe instytucje służby zdrowia, posiadające swoje placówki ochrony zdrowia i są to:
  - Ministerstwo Obrony Narodowej,
  - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji,
  - Ministerstwo Sprawiedliwości,
  - Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

W obecnych czasach system opieki zdrowotnej w Polsce przeżywa poważne trudności, takie jak:

1. Utrudniony dostęp do leczenia specjalistycznego, szczególnie szpitalnego,
2. Długie kolejki oczekujących na świadczenia oraz niezadowalająca jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
3. Niskie płace w sektorze opieki zdrowotnej oraz masowa emigracja specjalistycznych kadr medycznych do pozostałych krajów Unii Europejskiej,
4. Zadłużanie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz niewystarczający poziom finansowania systemu ze środków publicznych,
5. Archaiczna i nieefektywna struktura Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych,

6. Centralne planowanie limitu chorych w danej specjalizacji na dany rok,
7. Nieprzejrzysta polityka w zakresie refundacji leków,
8. Niewystarczający nadzór nad działaniem ośrodków leczniczych, co skutkuje oszustwami i korupcją oraz brak regulacji prawnych pozwalających na wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

## ŹRÓDŁA FINANSOWANIA SYSTEMU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowotnym. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową, która stanowi 9% dochodów osobistych - 7,75 % odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony. Składka ta odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego - NFZ. Większość wysoko specjalistycznych świadczeń nie jest finansowanych ze środków NFZ, lecz bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia. [5]

Do zadań Ministerstwa Zdrowia należy opracowywanie szczegółowych regulacji prawnych, które określają poziom i zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji za realizację podstawowych funkcji zdrowia publicznego, stanowiących bazę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Od 1 stycznia 2007 roku z budżetu państwa finansowane jest również w całości przedszpitalne ratownictwo medyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia organizuje konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. [8] Podmioty świadczące usługi medyczne, które zaoferują w konkursie najkorzystniejsze warunki, zawierają z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które będą finansowane ze środków publicznych. *„Przemiany gospodarcze i społeczne rzutują na zachowania ludzi, w tym także „pozdrowotne”. Wielki wpływ ma tu, np. bezrobocie, pauperyzacja rodzin, starzenie się społeczeństwa. Do zmieniającej się sytuacji trzeba dostosowywać i zakres programów i umiejętności edukatorów”* [28, s.10].

Lekarz specjalista medycyny rodzinnej jest podstawowym podmiotem w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Jest on odpowiedzialny za leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej swoich pacjentów. W przypadku, kiedy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz podstawowej

opieki zdrowotnej wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej bądź szpitala. [9]

Podstawą do otrzymania pomocy w zakresie świadczeń zdrowotnych jest dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, np.:

1. Legitymacja ubezpieczeniowa,
2. Legitymacja ubezpieczeniowa dla członków rodziny pracownika,
3. Legitymacja emeryta-rencisty.

Finansowanie usług medycznych w Polsce spoczywa na państwie, bez względu na skalę wprowadzonych do systemu ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych, które regulują sposoby finansowania świadczeń medycznych. W większości krajów odpowiedzialność za realizację podstawowych funkcji zdrowia publicznego dotyczących ogółu ludności, spoczywa na powołanych przez państwo narodowych instytucji zdrowia publicznego oraz innych wyspecjalizowanych agend rządowych i finansowanych z budżetów centralnych. Część podstawowych funkcji zdrowia publicznego dotyczących indywidualnych osób, chociaż pozostaje w gestii odpowiedzialności państwa, jest realizowana z reguły przez terenową administrację państwową oraz samorządy lokalne. [12]

Zakres realizacji poszczególnych funkcji zdrowia publicznego może być różny w zależności od skali wyzwań i zagrożeń, które stoją przed społeczeństwem. W każdym jednak przypadku określenie przez państwo zakresu działań na rzecz zdrowia publicznego jest głównym wyznacznikiem, który kształtuje jakość polityki zdrowotnej oraz skuteczność wprowadzanych reform systemu ochrony zdrowia, w tym reform z zakresu funkcjonowania i finansowania opieki medycznej. [13]

## OCHRONA I OPIEKA ZDROWOTNA - DZIAŁANIA NA RZECZ ZDROWIA PUBLICZNEGO

Historia medycyny pokazuje, że myślenie kategoriami zdrowia publicznego było zawsze obecne w systemach ochrony zdrowia. Z czasem zaczęło ewaluować, w zależności od zmieniającej się sytuacji zdrowotnej społeczeństw, jej przyczyn i uwarunkowań, a także w zależności od rozwoju oraz zasad organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. [14]



Działania podejmowane w zakresie zdrowia publicznego, ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej na rzecz ogółu ludności dotyczą:

1. Monitorowania stanu zdrowia populacji, walki z chorobami o znaczeniu społecznym, wypadkami i urazami,
2. Identyfikacji i zwalczania zagrożeń zdrowotnych w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, w żywności i wodzie,
3. Nadzoru epidemiologicznego, kontroli laboratoryjnej chorób zakaźnych - w tym transgranicznych, oraz zagrożeń środowiskowych,
4. Promocji zdrowia, organizacji aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia, determinanty zdrowia i choroby,
5. Zarządzania opieką zdrowotną, ekonomiki zdrowia, systemów organizacji i finansowania ochrony zdrowia,
6. Oceny jakości świadczeń zdrowotnych, zagadnień prawnych w medycynie, bioetyki, orzecznictwa lekarskiego.

Działania podejmowane w zakresie zdrowia publicznego, ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej na rzecz indywidualnych osób skupiają się na:

1. Profilaktyce indywidualnej, organizacji służb zapobiegawczych, np. szczepienia ochronne,
2. Profilaktyce zakażeń szerzących się drogą kontaktów seksualnych, planowaniu rodziny,
3. Profilaktyce i leczeniu chorób o znaczeniu społecznym: chorób zakaźnych, w tym AIDS, gruźlicy, chorób psychicznych, uzależnień, wybranych chorób cywilizacyjnych, np. cukrzyca,
4. Organizacji czynnego poradnictwa dla grup wysokiego ryzyka zachorowania,
5. Podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy medycznej dla bezdomnych i innych osób pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych,
6. Organizacji opieki zdrowotnej finansowanej przez instytucje pozarządowe. [15]

Zapewnienie kompleksowej opieki medycznej, w pełni dostępnej i ukierunkowanej na utrzymanie zdrowia i zapobieganie chorobom, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, ale nie jest w stanie zastąpić podstawy tego bezpieczeństwa, jaką stanowią działania na rzecz zdrowia ogółu ludności. [16-21]

## PIŚMIENNICTWO

1. World Health Statistics. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics//.04.01.2014](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics//.04.01.2014)
2. The Weekly Epidemiological Record (WER). <http://www.who.int/wer/en/05.02.2014>.
3. [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=188&it](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=188&it) z dnia 01.09.2011r., tłum. Karski J., Koronkiewicz A., Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia – Ośrodek współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym WHO, Zdrowie 21 (...) Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (...) cyt., Światowa Deklaracja Zdrowia. Biuro Regionu Europejskiego, Kopenhaga.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997r. przez Zgromadzenie Narodowe, cyt., rozdział II Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela, dział Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne, Art. 68 ust. 1 (Dz. U. 1997, Nr 78 poz. 483).
5. Piątkiewicz JA. Ubezpieczenia zdrowotne. Białystok; Wydawnictwo Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku, 2006.
6. Malinowski A. Waleologia – Nauka o promocji zdrowia. Kielce; Wydawnictwo PAN w Krakowie, 2001.
7. Lach DE. Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Warszawa; Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, 2011.
8. Gromadzka – Ostrowska J. Ochrona zdrowia w Polsce. Warszawa; Wydawnictwo Format - AB, 2004.
9. Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 z dnia 15 maja 2007r.
10. Sieńko A. Organizacja zakładu opieki zdrowotnej. Warszawa; Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2011.
11. Sygit M. Kryteria oceny zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2010.
12. Włodarczyk CW. Koncepcja polityki zdrowotnej. Kraków; Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2010.
13. Jachimowicz – Wołoszynek D. Polityka zdrowotna a promocja zdrowia. Lublin – Warszawa; Wydawnictwo Czelej/ PZWL, 2008.
14. Cianiara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo PZWL, 2010.
15. Osińska H, Barić L. Działalność i odpowiedzialność w oświacie zdrowotnej. Warszawa; Wydawnictwo BORGIS, 2005.
16. Wrona – Polańska H, Mastalski J (red.). Promocja zdrowia w ujęciu interdyscyplinarnym. Kraków; Wydawnictwo UJ, 2009.
17. International Classification of Diseases (ICD). <http://www.who.int/wer/en/12.02.2014>.
18. Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczevska S, Kurowski A. Rozważania o jakości. JPHNMR 2011 (1):3-5.
19. Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczevska S, Kurowski A. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta. JPHNMR 2011 (1):6-8.
20. Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczevska S, Kurowski A. Przedmioty oceny jakości w opiece pielęgniarskiej. JPHNMR 2011 (1):13-15.
21. Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczevska S, Kurowski A. Procedury jako sformalizowany sposób działania w opiece nad pacjentem. JPHNMR 2011 (1):19-22.